UNIVERSITATEA *SPIRU HARET*

Psihopatologie şi Orientări terapeutice în Psihiatrie

FLORIN TUDOSE



EDITURA FUNDAŢIEI ROMÂNIA DE MÂINE

CUPRINS

PSIHOPATOLOGIE SPECIALĂ

REZUMATUL CURSULUI

Tema 1. DEFINIȚIA, OBIECTUL ŞI CONȚINUTUL PSIHOPATOLOGIEI

Psihopatologia este un studiu sistematic al trăirilor anormale, cunoaşterii şi comportamentului; studiul manifestărilor tulburărilor mintale. Psihopatologia poate fi clasificată în: descriptivă (observare, fenomenologie), explicativă (psihodinamică, structuralistă, cognitivistă, comportamentală). Psihopatologia are legături directe cu: psihologia, psihiatria, ştiințele umane (antropologia), psihoterapia şi prin acestea cu neuropsihologia şi ştiințele naturii.

MODELE ÎN PSIHOPATOLOGIE

Principalele modele (abordări) descries în psihopatologie sunt: Modelul ateoretic, Modelul behaviorist (comportamentalist), Modelul biologic, Modelul cognitivist, Modelul dezvoltării, Modelul ecosistemic Modelul etnopsihopatologic, Modelul etologic, Modelul existențialist, Modelul experimental, Modelul fenomenologic, Modelul psihanalitic, Modelul social, Modelul structuralist.

CONCEPTUL DE NORMALITATE

Normalitatea, adică sănătatea, în cazul nostru cea mintală pare a fi o vastă sinteză, o rezultantă complexă a unei mulțimi de parametri ai vieții organice şi sociale, aflați în echilibru dinamic, ce se proiectează pe modelul genetic al existenței individuale, nealterat funcțional şi morfologic, în istoria sa vitală. Manifestarea acestei stări de sănătate ar fi existența unei judecăți şi a unei viziuni realist-logice asupra lumii, dublate de existența unei discipline psihologice şi sociale, pe fundalul bucuriei de a trăi şi al echilibrului introversie-extroversie. Normalitatea poate fi privită din diferite perspective: normalitatea ca sănătate, normalitatea statistică, normalitatea ideală, normalitatea ca proces.

Tema 2. PSIHOPATOLOGIA PERCEPȚIEI

TULBURĂRILE SENZAȚIILOR

Hiperestezia este reprezentată de o coborâre a pragului senzorial, resimțită de subiect ca o creştere neplăcută a intensității senzațiilor privind un singur analizator sau ansamblul lor – hiperestezie generală., **Hipoestezia** reprezintă creşterea pragului senzorial, însoțită de diminuarea intensității senzațiilor, cu scăderea numărului de excitanți receptați,**Sinestezia** constă în perceperea simultană pe o cale senzorială diferită a unui stimul receptat la nivelul unui analizator (ex. Audiție colorată).

TULBURĂRILE PERCEPȚIEI (vezi manualul pentru completare)

AGNOZIILE reprezintă deficite psiho-senzoriale, care determină incapacitatea subiectului de a recunoaşte obiectele după calitățile lor senzoriale, analizatorii (receptori periferici şi cale) fiind intacți.

ILUZIILE

Iluzia este o percepție cu stimul real şi specific, denaturată şi/sau deformată. Această deformare priveşte mai mult calitățile senzoriale decât identificarea sau sensul elementelor percepute. Iluziile apar frecvent la subiecții normali, care recunosc şi corectează sensul deformării perceptive. Spre deosebire de acestea, în iluziile patologice, subiectul nu încearcă să corecteze percepția deformată, considerând o imagine veridică a realității. Iluziile au fost clasificate în: iluzii fiziologice şi iluzii patologice.

HALUCINAȚIILE Sunt definite clasic drept "percepții fără obiect de perceput".

FENOMENE DE TIP HALUCINATOR ÎNRUDITE CU HALUCINAȚIILE

Fenomene halucinatorii, Senzațiile parazite, Halucinațiile funcționale, Halucinațiile eidetice, Halucinațiile *fiziologice*, Halucinozele, Halucinoidele

HALUCINAȚIILE PSIHO-SENZORIALE Sunt cele care corespund întru-totul definiției halucinației (au caracter de senzorialitate, se proiectează în spațiul perceptiv, subiectul crede în realitatea lor).

HALUCINAȚIILE PSIHICE (PSEUDOHALUCINAȚIILE) Sunt definite ca autoreprezentări aperceptive, caracterizate prin incoercibilitate, automatism şi exogenitate (Petit G.). Spre deosebire de halucinațiile psihosenzoriale, halucinațiilor psihice le lipseşte obiectivitatea spațială şi caracterul de senzorialitate. Sunt localizate în gândirea proprie, în spațiul intrapsihic neavând decât obiectivitatea psihică. Datorită absenței caracterului de senzorialitate, prin contrast cu halucinațiile psiho-senzoriale ele mai sunt denumite şi ***pseudohalucinații***.

Tema 3. PSIHOPATOLOGIA ATENȚIEI ŞI MEMORIEI. PSIHOPATOLOGIA GÂNDIRII. PSIHOPATOLOGIA COMUNICĂRII

TULBURĂRILE DE ATENȚIE

Tulburările de atenție se numesc **disprosexii**, ele interesând atât atenția voluntară cât şi cea involuntară. Se clasifică în:

HIPERPROSEXIA semnifică creşterea atenției şi este un simptom frecvent în psihopatologie, **HIPOPROSEXIA** constă în diminuarea atenției, în special a orientării selective a proceselor psiho-comportamentale, **APROSEXIA** – semnifică abolirea atenției şi se întâlneşte în stări confuzionale, sindromul catatonic, demențe şi oligofrenii, prin scăderea globală a performanțelor intelectuale.

TULBURĂRILE DE MEMORIE

Se mai numesc şi dismnezii. Se clasifică în tulburări cantitative şi calitative.

DISMNEZII CANTITATIVE

Hipermneziile: tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în evocări involuntare rapide şi uşoare, tumultoase şi multiple, realizând o îndepărtare (circumscrisă) a subiectului de prezent. Există forme particulare: ***Mentismul***, ***Viziunea retrospectivă*** . **Hipomneziile:** tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în evocări lente şi dificile, sărace şi trunchiate cu tot efortul făcut, realizând o situație jenantă pentru subiect în momentul respectiv. Există forme particulare: ***Lapsusul, Anecforia***. **Amneziile:** tulburări cantitative ale funcției mnezice constând în: prăbuşirea funcției mnezice cu imposibilitatea evocării sau fixării realizând o situație particulară, care obligă subiectul la găsirea unor soluții de conjunctură. În funcție de debutul evenimentului, **RAUSCHBURG** (**1921**) prin sistematizarea sa în funcție de sens, le-a grupat în: anterograde (de fixare) şi retrograde (de evocare).

DISMNEZII CALITATIVE (PARAMNEZII)

Această categorie de tulburări are ca trăsătură comună o alterare a noțiunii de „timp trăit". Sentimentul că prezentul şi trecutul nostru ne aparțin se estompează sau se prezintă în contratimp. Memoria autistică care nu mai este sub control introduce în sinteza mnezică imaginile şi afectele sale. Paramneziile (termen introdus de **KRAEPELIN**) se caracterizează prin: evocări deteriorate ale evenimentelor produse recent sau îndepărtat, fără o legătură cu realitatea obiectivă trăită de subiect, fie sub aspect cronologic, fie sub aspectul realității.

TULBURĂRILE DE GÂNDIRE (vezi manualul pentru completare)

Se clasifică în:

TULBURĂRI ÎN DISCURSIVITATEA GÂNDIRII

Tulburări în ritmul gândirii (***Accelerarea ritmului gândirii***, ***Lentoarea ideativă***)

TULBURĂRI ÎN FLUENȚA GÂNDIRII **Fadingul mintal** descris ca o scădere progresivă a gândirii de către **GUIRAUD**, se manifestă printr-o încetinire a ritmului verbal, ca şi cum bolnavul ar fi detaşat, un scurt interval, de ceea ce spune. **Barajul ideativ** (**KRAEPELIN**), descris inițial pentru a desemna doar oprirea actelor voluntare, termenul de baraj se refera în prezent la oprirea ritmului ideativ.

TULBURĂRI ÎN ANSAMBLUL GÂNDIRII Sunt tulburări în valorizarea judecăților şi raționamentelor gândirii.

Ideile dominante sunt idei care se detaşează din contextul celorlalte idei, impunându-se într-un moment dat gândirii şi sunt legate de anumite particularități ale personalității subiectului de care se leagă însăşi hipervalorizarea lor, fie că subiectul este sau nu conştient de aceasta.

Ideile prevalente. Ideea prevalentă, denumită ca atare de **WERNICKE**, este o idee care se impune gândirii ca nucleu al unui sistem delirant.

Ideile obsesive sunt idei care se impun gândirii, o asediază şi o invadează, recunoscute de subiect ca un fenomen parazit, fiind străine şi contradictorii cu personalitatea individului.

Ideile delirante sunt idei în dezacord evident cu realitatea, dar în a căror realitate bolnavul crede, impenetrabil la argumentele logicii formale şi care-i modifică concepția despre lume, comportamentul şi trăirile. În funcție de conținutul psihopatologic pot fi: ***Idei de persecuție, Idei delirante cu conținut depresiv-de vinovăție, autoacuzare, de ruină, Idei hipocondriace, Idei de gelozie şi erotomanice, Idei de filiație, Idei delirante de invenție, de reformă, mistice, Ideile de grandoare, Ideile de relație, Ideile de influență, Idei metafizice şi cosmogonice***

TULBURĂRI OPERAȚIONALE ALE GÂNDIRII

Pot fi ***pasagere şi reversibile*** **-** se referă la scăderea, în grade variabile a randamentului şi eficacității operaționale a gândirii, a capacității de creație şi se întâlnesc în stări reactive, surmenaj, posttraumatic, în infecții şi intoxicații sau ***permanente***.

Dintre tulburările permanente menționăm: **Staționare (nedezvoltarea gândirii)** se referă la incapacitatea gândirii subiectului de a atinge anumite nivele operaționale, de la cele mai complexe (abstractizare şi generalizare) pana la cele elementare (limbajul articulat, capacitatea de autoîngrijire). **Progresive (demențele)** sunt reprezentate de scăderi progresive şi globale ale întregii vieți psihice, afectând în primul rând gândirea, iar în cadrul acesteia capacitatea de generalizare şi de abstractizare.

TULBURĂRILE COMUNICĂRII (vezi manualul pentru completare)

Putem clasifica tulburările comunicării în tulburări ale comunicării verbale şi tulburări ale comunicării non verbale.

TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII VERBALE

Tulburări ale expresiei verbale, Tulburările semanticii şi sintaxei, Tulburări ale expresiei grafice

TULBURĂRI ALE COMUNICĂRII NONVERBALE

Sunt tulburări ale **ținutei**, **mimicii** şi **gesticei**

Tema 4. TULBURĂRILE AFECTIVITĂȚII

TULBURĂRILE DISPOZIȚIEI (vezi manualul pentru completare)

Dispoziția este acel tonus afectiv fundamental, bogat în toate instanțele emoționale şi instinctive, care dă fiecăreia din stările noastre sufleteşti o tonalitate agreabilă sau dezagreabilă, oscilând între cei doi poli extremi ai plăcerii şi ai durerii. Deci dispoziția reprezintă polaritatea

stărilor afectivității bazale într-un moment dat; modificarea ei în sens patologic poartă numele de **distimie**.

Hipotimiile - scăderi în grade diferite ale tensiunii afective, traduse prin expresivitate, mimică redusă, răspuns comportamental sărac, rezonanță afectivă ştearsă. Cuprind: ***Indiferența, Apatia, Atimia***

Hipertimiile - o creştere a încărcăturilor afective antrenând variații importante ale eutimiei, activității şi comportamentului.

Anxietatea - a fost definită de **JANET P.** ca teamă fără obiect, manifestată prin nelinişte psihomotorie, modificări vegetative şi disfuncții comportamentale. Anxietatea are caracter de potențialitate, deformând trăirea prezentă în raport cu viitorul presimțit ca ostil şi predeterminat ca atare.

Sindromul depresiv are drept componente definitorii dispoziția depresivă, încetinirea proceselor gândirii şi lentoare psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome auxiliare de expresie somatică. Dispoziția depresivă este trăită ca “tristețe vitală”, pierderea sentimentelor, golire şi nelinişte interioară, conținut perceptual cenuşiu, nebulos uneori. Încetinirea proceselor gândirii este exprimată de mono-ideism, incapacitate decizională, conținut depresiv, ruminații. După gradul de intensitate a depresiei, se poate descrie o depresie nevrotică şi o depresie psihotică.

Disforiile sunt stări dispoziționale de tip depresiv asociate cu disconfort somatic şi excitabilitate crescută. Agresivitatea şi impulsivitatea subiectului este crescută, determinând uneori un comportament coleros; la acestea se adaugă deseori logoreea şi anxietatea. ***Euforia*** – este reprezentată de o creştere a dispoziției având o tonalitate afectivă pozitivă, expansivă (hipertimie pozitivă). Ca şi în cazul depresiei trebuie operată o distincție între euforia (veselia) normală, şi cea simptom patologică. Ca şi depresia, cea de a doua nu apare izolată, ci în cadrul unui sindrom a cărui bază psihodinamică este sindromul maniacal. ***Sindromul maniacal*** are drept componente definitorii dispozitia euforică, accelerarea proceselor gândirii, excitație psihomotorie, la care se adaugă o serie de simptome de expresie somatică.

Tulburări ale dinamicii dispoziționale sunt fluctuațiile pe care le suferă dispoziția, schimbările de tonalitate, de la un interval de timp la altul. Ne referim la: ***Rigiditate afectivă*** şi ***Labilitate emoțională***.

Tulburări ale emoțiilor elaborate

Paratimiile – modificări predominant calitative ale emoțiilor elaborate, caracterizate prin neadecvarea extremă în raport cu contextul situațional al dispozițiilor, sentimentelor, trăirilor afective. Se întâlnesc în stări reactive, psihoze schizofrenice, tulburări de involuție, parafrenie.Dintre paratimii fac parte: ***Inversiunea afectivă si Ambivalența afectivă***

Fobia e definită ca o reacție somatică şi psihologică față de obiecte/situații ce provoacă frica, mai degrabă decât de obiectul însuşi. Frica specifică, intensă declanşată de un obiect sau o situație, care nu au prin ele însele un caracter periculos, fobia are cu caracter irațional recunoscut ca atare şi care nu poate fi controlat volitiv. **Extazul** este o stare paroxistică de bucurie intensă, în timpul căreia subiectul rupe comunicarea cu mediul, însoțită de o pantomimică exprimând această trăire inaccesibilă celorlalți. Se întâlneşte în isterie, oligofrenie, deliruri cronice cu tematică mistică, schizofrenie, epilepsie. **Stările de afect** sunt manifestări explozive şi cu efect dezorganizator asupra comportamentului, însoțite de modificări mimico-patomimice şi tulburări vegetative de tip simpatic, polarizând câmpul conştiinței în jurul evenimentului conflictual şi caracterizate prin inadecvarea răspunsului şi a activității psihomotorii. Menționăm printre acestea furia şi frica.

Tema 5. PSIHOPATOLOGIA VOINȚEI. COMPORTAMENTE AGRESIVE. SUICIDUL

Suicidul (de la sui = de sine şi cidium = omorâtor) semnifică „orice caz în care moartea rezultă direct sau indirect dintr-un act pozitiv sau negativ, făcut de victima însăşi, care ştie că

trebuie să producă acest rezultat”. Noțiunea de suicid tinde să fie înlocuită cu cea de conduită suicidară, care înglobează **suicidul reuşit, tentativele suicidare, ideile de sinucidere, sindromul presuicidar.**

PSIHOPATOLOGIA VOINȚEI

Hiperbulia: creşterea forței voliționale, având caracter global şi fiziologic

Hipobulia cu caracter global: diminuarea forței voliționale cu scăderea capacității de acțiune, legate de un sistem motivațional mai slab conturat sau chiar absent, deşi conştiința nu e modificată şi operațiile gândirii sunt intacte

Abulia*:* nivel maxim de scădere a forței voliționale şi pierderea aproape totală a inițiativei şi capacității de acțiune

Impulsivitatea: un sistem motivațional modificat prin pulsiuni interioare imperioase, presante, care se impun conştiinței şi determină trecerea la act, în condițiile unei capacități voliționale scăzute

Parabulia*:* scăderea forței voliționale determinată în principal de dezorganizarea sistemului volițional prin sentimente, dorințe ambivalente, bizare, consecințe ale disocierii ideo-afective

Tema 6. PSIHOPATOLOGIA CONŞTIINȚEI. TULBURĂRILE CONDUITEI MOTORII

TULBURĂRILE DE CONŞTIINȚĂ

TULBURĂRILE CÂMPULUI DE CONŞTIINȚĂ

Tulburările clarității şi capacității de integrăre a câmpului de conştiință corespund în mare parte tulburărilor de *vigilitate* din descrierile clasice sau tulburărilor de *conştiență.* În funcție de gradul lipsei de răspuns la stimulii din exterior se descriu: **Obtuzia, Hebetudinea, Torpoarea, Obnubilarea, Stuporul, Soporul, şi Suspendarea completă a conştiinței.** Bolnavul pare perplex, bradipsihic, inhibat psiho-motor, hipoprosexie severă şi dificultăți mnezice mixte, creşterea pragurilor senzoriale şi dificultăți în înțelegere şi sinteză**,**vigilitate scăzută în diferite grade de la somnolență până la comă.

Tulburări ale structurii câmpului de conştiință din care fac parte:

Îngustarea câmpului de conştiință, Starea crepusculară (cuprinde tulburarea disociativă isterică cu aspectul său particular **– Sindromul Ganser), Personalitatea multiplă,** în care pacientul îşi asumă un număr de false personalități, diferite**, Confuzia mintală (stările confuzionale).** Confuzia mintală îmbrăcă aspecte extrem de variate în funcție de gradul suferinței organice: ***Onirismul, Oneiroidia, Amenția (starea amentivă), Delirul acut.***

TULBURĂRILE CONŞTIINȚEI DE SINE

Tulburările conştiinței corporalității (somatognozia)

Tulburări de schemă corporală – schema corporală (imaginea de sine) este concepută ca proiectarea reprezentativă integrală în conştiințăa propriului nostru corp, funcție globală şi nelocalizabilă. Conştiința propriului corp se constituie progresiv din date perceptive, realizând un cadru spațial pentru percepții, reprezentări, amintiri şi emoții. În cadrul acestor tulburări imaginea propriului corp este percepută alterat. Întâlnim: ***Tulburări de schemă corporală de tip neurologic, Tulburări de schemă corporală de natură psihică:*** *Cenestopatiile, Sindromul hipocondriac, Sindromul Cotard,* ***Desomatizarea*** *(Dismorfofobia şi Heautoscopia)*

Tulburările conştiinţei realităţii obiectuale în cadrul căreia descriem **Derealizarea**, un sentiment de stranietate a lumii exterioare, pe care subiectul îl încearcă în absenţa unor tulburări perceptive.

Tulburări ale conştiinţei propriei persoane în cadrul cărora descriem: ***Personalitatea multiplă, Depersonalizarea, Sindromul de automatism mintal (KANDINSKI-CLERAMBAULT)***

CONDUITA MOTORIE ŞI TULBURĂRILE EI (vezi manualul pentru completare)

Dezorganizarea conduitelor motorii

În funcție de tipul de dezorganizare sunt descrise psihopaologic împreună cu circumstanțele lor de apariție**: Agitația, Inhibiția motorie, Catatonia, Impulsiunile Impulsivitatea, Raptusul, Fugile**

Tulburări motorii induse de tratamentul cu neuroleptice

Multe medicamente antipsihotice prezintă o gamă largă de efecte nedorite, care sunt în legătură cu proprietăţile lor antidopaminergice, antiadrenergice şi anticolinergice. Efectele extrapiramidale sunt dintre cele mai supărătoare pentru pacient şi pot fi cu uşurinţă confundate de cel nefamiliarizat cu ele, cu simptome ale bolii. Sunt descrise: **Distonia acută, Akatisia, Diskineziile, Sindromul Parkinsonian.**

Tema 8. PSIHOPATOLOGIE SPECIALĂ. PSIHOPATOLOGIA LEGATĂ DE VÂRSTĂ ŞI ALTE TULBURĂRI ORGANICE

DEMENȚA. BOALA ALZHEIMER

Cuvântul *demenţă* are origine latină fiind creat din prefixul *de* cu sens privativ semnificând *„separare, cedare sau scădere-micşorare"* şi un substantiv derivat din *mens* (suflet, spirit, inteligenţă). În consecinţă, prin demenţă s-ar înţelege o *„ micşorare a minţii"*. O altă traducere a termenului *demens* din latină este cea de „afară din mintea proprie".

Definiția operațională a boli Alzheimer cuprinde:

1. Tulburare neurodegenerativă progresivă 2.Caractere clinice şi trăsături patologice specifice 3. Variații individuale, privind vârsta de debut, modalitatea progresiunii, ritmul deteriorării 4. Etiologii multiple care conduc la distrugere neuronală în regiunea hipocampului şi în ariile corticale asociative

Examinarea neuropsihologică este în opinia multor autori prima cale de investigare a demenței deoarece oferă posibilitatea evaluării unor variate domenii ale funcției cognitive. Cel mai cunoscut instrument este **MMSE (Mini Mintal State Examination)** care practic ar trebui să fie un instrument la îndemâna oricărui medic sau psiholog clinician.

ÎNTÂRZIEREA MINTALĂ

Criteriile de diagnostic DSM-IV

A. Funcționare intelectuală semnificativ submedie: un QI de aproximativ 70 sau sub la un test individual (pentru sugari – apreciere clinică)

B. Deteriorare sau deficite concomitente în funcționarea adaptativă prezentă (eficacitatea persoanei de a satisface standardele aşteptate pentru vârsta sa de către grupul său cultural) în cel puțin două din următoarele domenii: comunicare, autoîngrijire, viață de familie, aptitudini sociale/interpersonale, uz de resursele comunității, autoconducere, aptitudini şcolare funcționale, muncă, timp liber, sănătate, siguranță

C. Debut înainte de vârsta de 18 ani

Se codifică pe baza gradului de severitate, care reflectă nivelul de deteriorare intelectuală:

Retardare mintală uşoară – QI de la 50-55 până la 70

Retardare mintală moderată – QI de la 35-40 până la 50-55
Retardare mintală severă – QI de la 20-25 până la 35-40
Retardare mintală profundă – QI sub 20 sau 25
Retardare mintală de severitate nespecificată – când există prezumția fermă de retardare mintală, dar inteligența persoanei nu poate fi testată prin testele standard

ADHD

ADHD înseamnă **Deficit de Atenție / Tulburare Hiperkinetică** şi este una dintre cele mai frecvente afecțiuni comportamentale întâlnite la copii şi adolescenți. Studiile arată că un procent de 5% din copiii de vârstă şcolară prezintă simptome ADHD (1-2 din copiii dintr-o clasă de 30). **Prevalența** ADHD este de aproximativ 6-9% cu un raport băieți: fete de 3:1 până la 5:1. Conform Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR), simptomele ADHD se împart în trei categorii: cu deficit de atenție, hiperactivitate şi impulsivitate, putând surveni şi în formă combinată.

Tema . PSIHOPATOLOGIE SPECIALĂ. PSIHOPATOLOGIA TULBURĂRILOR ANXIOASE

Tulburările de anxietate au fost grupate de autorii americani în următoarele categorii:

- Tulburările anxioase fobice (fobia specifică, fobia socială, agorafobia)
- Atacuri de panică
- Tulburarea anxioasă generalizată
- Tulburarea obsesiv-compulsivă
- Reacția acută la stres
- Tulburarea de stres posttraumatică

Tema 10. PSIHOPATOLOGIE SPECIALĂ. BOALA BIPOLARĂ

PSIHOZA MANIACO-DEPRESIVĂ - BOALA BIPOLARĂ (PMD)

PMD cunoscută în termeni medicali ca tulburare afectivă bipolară, este cea mai dramatică formă de suferință afectivă.

- A fost descrisă de Kraepelin (1889) (spectrul bolii maniaco-depresive), dar legătura dintre melancolie şi manie a fost subliniată de Hipocrate
- Spre deosebire de depresia majoră, care poate surveni la orice vârstă, PMD debutează în general, înaintea vârstei de 35 de ani.
- Incidența bolii este de aproximativ 1/100.
- Pacienții cu boală bipolară diferă de cei cu alte forme de depresie, prin modul lor de a oscila între depresie şi manie, separate prin perioade normale.
- Există aşa numitele stări mixte care amestecă elemente depresive cu elemente de excitație. De obicei, acestea apar când dispoziția se inversează.
- Durata în timp a acestui ciclu variază de la o persoană la altă persoană.

EPISODUL MANIACAL

Pacienții care se află în faza maniacală simt mai curând un atac brusc de exaltare, de euforie sau iritabilitate extremă care se dezvoltă în decurs de câteva zile până la o deterioare gravă.

SIMPTOMELE FAZEI MANIACALE

Un mod de a se simți excesiv de bun, euforic, expansiv sau iritabil; nimic (veşti rele, tragedii) nu poate schimba această stare de fericire. Euforia se poate schimba rapid în iritare sau furie.Exprimă numai optimism nejustificat şi o lipsă de discernământ.

Încrederea în sine creşte până la delir de grandoare în care persoana consideră că are legături speciale cu Dumnezeu, celebrități, conducători politici. Hiperactivitate şi planuri excesive,

participare în numeroase activități care pot conduce la rezultate nedorite. Un comportament sexual anormal (libidou crescut, dezinhibiție sexuală) Fuga de idei. Pacienții prezintă o multitudine de idei care se succed rapid, în mod necontrolat Necesitatea redusă de somn, insomnii. Lipsa puterii de concentrare: atenția pacientului este cu uşurință deviată către detalii neimportante. Iritabilitate bruscă, furie sau paranoia se declanşează când planurile grandioase ale pacientului se năruie sau când sociabilitatea lui excesivă este refuzată.

EPISODUL DEPRESIV

sentimente de inutilitate, de lipsă de speranță, de neajutorare, indiferență față de orice,

sentimentul de vină nejustificată,tristețe prelungită, accese inexplicabile de plâns, irascibilitate sau iritabilitate; activitățile agreabile, contactele sociale, munca sau sexul care altă dată îi făceau plăcere, nu-i mai trezesc interesul, imposibilitatea de a se concentra sau de a-şi aminti detalii, gânduri de moarte, încercări de suicid, pierderea apetitului sau apetit exagerat, fatigabilitate persistentă, letargie, insomnie sau nevoie crescută de somn, dureri, constipație sau alte afecțiuni somatice cărora nu li se poate determina o cauză obiectivă

EPISOADE MIXTE

În evoluția bolii pot exista şi episoade în care se amestecă simptomele de tip maniacal cu cele de tip depresiv. Este caracteristică schimbarea rapidă a dispoziției, astfel încât în cursul aceleiaşi zile se pot întâlni ambele stări.

Tema 11. PSIHOPATOLOGIE SPECIALĂ. SCHIZOFRENIA. ALTE TULBURĂRI DELIRANTE. PARANOIA

SCHIZOFRENIA

Definiție: “Tulburare mintală care durează cel puțin şase luni şi presupune pentru cel puțin o lună existența unei faze active de boală (adică existența a două sau mai multe simptome dintre următoarele: idei delirante, halucinații, dezorganizarea vorbirii, comportament profund dezorganizat sau catatonic, simptome negative)”. **DSM IV**

Simplificarea complexitatii schizofreniei

- Diviziunea simptomelor in grupuri largi
- Pozitive: distorsiuni sau exagerari ale functiilor normale (halucinatii, comportament bizar, vorbire dezorganiza, idei delirante
- Negative: Diminuarea functiilor normaleidei delirante (alogie, aplatizarea afectului, abulie, anhedonie)

FORME CLINICE (SUBTIPURI) IN SCHIZOFRENIE

Subtipuri traditionale

1. Dezorganizată (Hebefrenică), 2. Catatonică, 3. Paranoidă, 4. Nediferențiată (Simplă) 5. Reziduală caracterizată de defectul psihotic sau cognitive sau în cadrul funcționalității socio-familiale

DATE EPIDEMIOLOGICE

Prevalența = 0,2 - 2% (nr. de persoane bolnave la un moment dat într-o populație). Nu diferă în raport cu zona geografica cu excepția țărilor nordice unde este mai crescută

Prevalența pe viata = 0,5 - 1% (o persoană dintr-o sută poate face schizofrenie la un moment dat) Incidența = 1/10 000 (nr. de îmbolnăviri noi pe an) Debutul majoritar între 20-35 de ani. Vârsta de debut mai mică la bărbați Raportul bărbați / femei = 1

ALTE TULBURĂRI DELIRANTE. PARANOIA (vezi manualul pentru completare)

Paranoia este o tulburare care era descrisă ca o psihoză cronică endogenă care constă în evoluția continuă a unui sistem delirant durabil şi impenetrabil la critică, dezvoltându-se insidios pe fondul conservării complete a ordinii şi clarității gândirii, voinței şi acțiunii.

Elementele definitorii sunt realizate de:

- delir cronic bine sistematizat nehalucinator
- discrepanță între aspirații şi posibilități
- personalitate premorbidă specifică (rigidă, hipertrofie a Eu-lui)

Tema 12. PSIHOPATOLOGIE SPECIALĂ. PSIHOPATOLOGIA ADICȚIEI

CONCEPTUL DE ADICȚIE –"ADDICTION"

Noțiunea de adicție este o noțiune descriptivă şi defineşte comportamente sau procese. Ea se referă la zona comportamentelor caracterizate de acte repetate în care predomină dependența față de o situație sau un obiect material care este căutat şi consumat cu aviditate. În comportamentul adictiv persoanele deviază toate celelalte centre de interes, cu incapacitatea de a alege să nu realizeze gestul adictiv, care nu constituie, de altfel, neapărat, o experiență agreabilă (**Peele**).

Intoxicația cu o substanță - Apariția unui <u>sindrom reversibil specific substanței</u> datorat ingestiei sau expunerii la o substanță. Substanțe diferite pot produce sindrome similare sau identice. Modificările psihologice sau comportamentale dezadaptive semnificative clinic sunt datorate efectului substanței asupra sistemului nervos central Ele pot fi: iritabilitate, labilitate afectivă, deteriorare cognitivă, deteriorarea judecății, deteriorarea funcțională, socială sau profesională) şi apar în timpul consumului de substanță sau la scurt timp după aceea.

Dependența - se caracterizează prin tendința de creştere progresivă a dozelor de drog şi prin imposibilitatea de a opri, chiar şi pentru câteva zile, consumul fără ca aceasta să nu determine apariția sevrajului.

Sevrajul – stare de rău subiectiv, intens, în care pacientul caută să obțină prin orice mijloace drogul, însoțită de o perturbare biologică neurovegetativă şi dismetabolică de amploare, iar uneori de moarte.

Dependența

- Reprezintă tulburarea comportamentale definită prin dorința puternică, compulsivă de a utiliza o sustanță psihoactivă
- Dificultate de a opri consumul

Comportament de căutare al drogurilor cu invazia progresivă a întregii existențe de către acest fenomen. Sunt descrise: *Dependența fizică*, caracterizată prin apariția sevrajului, *Dependența psihică* = craving şi căutarea compulsivă a substanței = nevoia de a menține şi regăsi senzația de plăcere, de bine, satisfacția, stimularea pe care o aduce consumatorilor dar şi de a evita senzația de rău psihic care apare în lipsa consumului

Craving sau apetența

- Este o nevoie imperioasă pentru o substanță cu efect psihotrop şi căutarea compulsivă a acesteia. Acest fenomen joacă un rol important în apariția dependenței.
- Crave (engl) = a dori ceva cu ardoare implicând solicitare insistentă - "sete" de drog.
- Definiția OMS = dorința de a experimenta din nou efectele unei substanțe consumate anterior. Comportamentul devine expresia acestei trăiri, condensându-se – în pofida oricăror riscuri şi neajunsuri spre procurarea drogului.

ALCOOLISMUL

Este o boală primară, cronică, adesea progresivă şi fatală. Manifestările şi dezvoltarea ei sunt influențate de factori: genetici, psihosociali, de mediu Se caracterizează prin: scăderea controlului asupra băutului, interesul pentru alcool, consumul de alcool în ciuda consecințelor adverse, distorsiuni în gândire – negarea. Simptomele alcoolismului pot fi continue sau periodice.

TOXICOMANIA

Este un consum patologic, cronic sau periodic, impulsiv, de substanțe care modifică starea afectivă sau de conştiinţă.Toxicomania este rezultatul acțiunii unor factori externi şi interni, al unor interacțiuni patogene din copilărie. Conflictele existente în copilărie în cadrul familiilor dezechilibrate şi reactualizarea acestora în adolescență, joacă un rol important în geneza toxicomaniilor. **Principalele droguri:** derivatii de opiu (morfina, heroina)**,** cocaina**,** cannabis (haşis, marihuana)**,** tranchilizante (barbiturice, meprobamat, benzodiazepine)**,** psihodisleptice = halucinogene (mescalina, psilocibina, LSD, ectasy)**,** amfetamine**,** inhalanți

ALTE COMPORTAMENTE ADICTIVE

- adicția sexuală (dependența la sex, comportamentul sexual compulsiv)
- adictia de internet

Tema 13. TERAPII PSIHOFARMACOLOGICE. TERAPIA ELECTROCONVULSIVANTĂ

NEUROLEPTICELE (ANTIPSIHOTICELE)

Reprezintă principalul tratament al schizofreniei. Efectele lor sunt mai degrabă antipsihotice decât antischizofrenice. Efectul antipsihotic se referă la capacitatea de a modifica „simptomele țintă" ale stărilor psihotice care cuprind halucinații, iluzii şi tulburările de gândirfe de tipul ideilor delirante. Produc sedare, liniştire psiho-motorie, liniştirea emoțională, indiferență afectivă. Pot induce sindromul neuroleptic.

ANXIOLITICELE ŞI TRANCHILIZANTELE

Definiție. Anxioliticele reprezintă o clasă de substanțe ce se distinge prin diminuarea anxietatății, reducerea stării de tensiune psihică, acțiune asupra stărilor de excitație – agitație psihomotorie, ameliorarea tulburărilor de comportament, echilibrarea reacțiilor emoționale. Au efect în manifestările somatice ce constituie expresia anxietății sau depresiei mascate. Deşi, din cele mai vechi timpuri, substanțe ca alcoolul şi o serie de plante (passiflora, valeriana) au fost folosite pentru proprietățile lor sedative, prima substanță tranchilizantă folosită pe scară largă a fost meprobamatul - 1954.

Tranchilizantele cuprind la ora actuală un grup heterogen de substanțe cu acțiuni farmacologice diferite, al căror principal efect terapeutic este reducerea anxietății, motiv pentru care majoritatea clasificărilor actuale preferă denumirea de medicamente anxiolitice.

ANTIDEPRESIVELE

Indicațiile tratamentului cu antidepresive

Antidepresivele sunt indicate în primul rând pentru tratamentul simptomelor depresive din: Depresia majoră, Episoadele depresive din tulburarea bipolară , Simptomele depresive secundare unor probleme medicale, Distimia, Tulburarea obsesiv-compulsivă, Tulburarea de panică, Tulburarea anxioasă generalizată, mai ales în cazurile care asociază şi simptome depresivemedicație auxiliară pentru controlul dureri, Tulburarea disforică premenstruală, Tulburarea afectivă sezonieră, Depresia postpartum, Tulburarea de stres posttraumatic, Fobia socială. Când antidepresivele sunt utilizate corect, 50% până la 70% din pacienți cu depresie majoră răspund la tratament.

TIMOSTABILIZATOARELE (PSIHOIZOLEPTICE)

Sunt substanțe care previn oscilațiile chimice, stabilizând dispoziția şi evitând producerea acceselor maniacale sau depresive. Efectul acestor substanțe se exercită asupra întregului sistem psihic şi nu doar asupra timiei prin mecanisme complexe de acțiune (stabilizare de membrană, blocarea canalelor de sodiu, antagonism Gaba)

TRATAMENTUL ELECTROCONVULSIVANT

Foarte controversat atât în psihiatrie cât şi în mass-media,acest lucru se datorează parțial pentru că s-a folosit abuziv şi în afara situațiilor în care ar fi fost util şi parțial pentru că era dificil să se facă o cercetare cu acuratețe.Mai multe studii au demonstrat că ECT e superior medicației antidepresive şi de departe superior placebo-ului în tratamentul depresiei. **Indicații clinice:** Principala folosire a electoşocului este boala depresivă severă. În practică,în clinică electroşocul este folosit: Când o boala depresivă cu trăsături descrise mai sus nu răspunde la tratament antidepresiv, În depresia psihotică când suferința este severă,în special atunci când sunt prezente idei delirante, În stuporul depresiv, În stupoare catatonică, În psihozele puerperale,în special acelea cu clouding, perplexitate şi importante trăsături afective.

Tema 14. AMENINȚĂRI ŞI PROVOCĂRI LA ADRESA PSIHIATRIEI. ORIENTĂRI CONTEMPORANE. PSIHIATRIA – O PRACTICĂ ETICĂ.

O serie de amenințări la adresa psihiatriei contemporane şi implicit la adresa psihopatologiei ca şi la statutul profesional al psihiatrului şi al psihologului clinician se manifestă în lumea contemporană. Ele izvorăsc fie din direcții de cercetare şi orientare teoretică unilaterală care absolutizează o latură sau alta a modelului bio-psiho-social încercând o simplificare până la caricatură a instanțelor ce determină comportamentul uman normal şi patologic, fie din modele culturale care se subsumează mai repede gândirii magice şi prejudecăților decât modelelor umanist-ştiințifice.

BOALĂ ŞI STIGMATIZAREA.

Provenit din cuvântul grecesc *stigma = semn cu fierul înroşit, înțepătură,* stigma a căpătat în accepțiunea medicală semnificația de semn clinic obiectiv, considerat a releva în mod specific existența unei stări morbide.Teoria stigmatelor a putut îmbrăca aspecte profund negative în plan socio-politic, fiind folosită ca „argument ştiințific” de unele ideologii. Mai mult, sub o formă „elevată”, socio-biologia contemporană încearcă transpunerea „stigmatelor” la nivel genetic, pentru a dovedi inegalitatea biologică a indivizilor.

IMAGINEA BOLII PSIHICE ŞI STIGMATIZARE.

O recentă cercetare asupra imaginii pe care o au oamenii despre bolnavii psihici arată că una dintre cele mai importante componente este pericolul social pe care aceştia îl reprezinta pentru societate în general şi pentru ei personal în particular. Bolnavii psihic sunt percepuți ca fiind periculoşi şi determină o reacție de teamă pentru că sunt considerați agresivi, chiar şi capabili de crimă.

BIBLIOGRAFIE OBLIGATORIE

1. Fl.Tudose, *Psihopatologie şi orientări terapeutice în psihiatrie* , Editura Fundația România de Mâine, Bucureşti, 2006
2. Fl.Tudose, *Psihopatologie şi psihiatrie pentru psihologi*, Editura Infomedica, Bucureşti, 2002
3. Asociația Psihiatrică Română. ***Tratat de psihiatrie***, Ed.Fundația Andrei Şaguna, Constanța, 2002.
4. C.Enăchescu, ***Tratat de psihopatologie***. Ed.Tehnică, Bucureşti, 2001.
5. C.Gorgos; Cătălina Tudose; Fl.Tudose şi alții, ***Vadaemecum în psihiatrie***, Ed.Medicală, Bucureşti, 1985.
6. Ionescu, Ş. ***Paisprezece abordări ale psihopatologiei***, Ed.Polirom, Iaşi, 1998.
7. Lăzărescu, M. ***Psihopatologie clinică.*** Ed.Helicon, Timişoara, 1993.
8. Predescu, V. şi alții. ***Psihiatrie***. Ed.Medicală, Bucureşti, 1989.
9. Tudose, F, Tudose, C. ***Abordarea pacientului în psihiatrie***. Ed.Infomedica, Bucureşti, 2002
10. Tudose, F, Tudose, C, Vasilescu, A, Tămăşan S. ***Sindroame rătăcitoare***, ed. Infomedica, 2005

TESTE DE AUTOEVALUARE

____ 1. Elaborarea DSM are la baza modelul:
a. ateoretic
b. cognitivist
c. etologic
d. structuralist

____ 2. **Jaspers K** a abordat psihopatologia din perspectiva modelului:
a. psihanalitic
b. etologic
c. fenomenologic
d. structuralist

____ 3. Când spunem ca în lume 5-8% dintre persoanele de peste 65 de ani au boala Alzheimer ne referim la:
a. incidenta bolii
b. prevalenta bolii
c. grupul cu risc crescut
d. severitatea consecintelor bolii

____ 4. Confruntarea dintre perspectiva emica si etica apartine carui model din psihopatologie?
a. modelul etologic
b. modelul etnopsihopatologic
c. modelul ecosistemic
d. modelul existentailist

____ 5. Hipoprosexia este o tulburare de:
a. atentie
b. vointa
c. dinamica sexuala
d. memorie

____ 6. Cisvestismul si transvestismul sunt forme particulare ale:
a. tinutei excentrice
b. rafinamentului vestimentar
c. tinutei pervertite
d. tinutei dezordonate

____ 7. O persoana caracterizata de emotionalitate excesiva si de cautare a atentiei se potriveste cel mai bine profilului de personalitate:
a. Narcisica
b. Borderline
c. Histrionica
d. Paranoida

____ 8. Dintre trasaturile personalitatii paranoide **nu** face parte:
a. dubii nejustificate referitoare la loialitatea sau corectitudinea colegilor
b. tendinta de a obtine si pastra puterea
c. indiferenta la laude sau critici

d. neîncredere si suspiciozitate fata de altii

____ 9. Gândirea de tip magic si comportamentul excentric fac parte dintre trasaturile tulburarii de personalitate de tip:
a. schizoid
b. schizotipal
c. borderline
d. paranoid

____ 10. Dementa se deosebeste de delirium prin faptul ca este:
a. mai severa
b. sunt prezente halucinatii
c. persistenta si progresiva
d. este prezenta dezorientarea temporo-spatiala

____ 11. Cea mai frecventa modificare de comportament întâlnita în dementa este:
a. agitatia
b. tulburarile de comportament sexual
c. halucinatiile
d. violenta fizica

____ 12. Primul contact în cadrul tratamentului toxicomanului cu heroina vizeaza urmatoarele cu exceptia:
a. Cura de sevraj
b. Bilantul problemelor
c. Stabilirea unei relatii de încredere
d. Analiza cererii

____ 13. Starea de rau subiectiv, intens, în care pacientul cauta sa obtina prin orice mijloace drogul, însotita de o perturbare biologica neurovegetativa si dismetabolica de amploare, iar uneori de moarte poarta numele de:
a. dependenta
b. craving
c. toleranta
d. sevraj

____ 14. Afazia presupune
a. tulburari de recunoastere a obiectelor
b. tulburari de coordonare
c. tulburari de rationament
d. tulburari de limbaj

____ 15. Care din urmatoarele formule este cea mai eficienta în abordarea terapeutica a psihozei maniaco-depresive:
a. psihoterapie individuala urmata de psihoterapie de grup
b. psihofarmacologie urmata de socioterapie
c. psihofarmacologie + psihoterapie
d. psihoterapie urmata de psihofarmacologie de întretinere